

21. PRAZO DE VIGÊNCIA DO CONTRATO E REAJUSTE

21.1. O prazo de vigência do contrato a ser celebrado em decorrência do credenciamento será de 01 (um) ano, podendo ser prorrogado por interesse das partes até o limite permitido na Lei Federal nº 14.133/2021.

21.2. O contrato poderá ser alterado mediante a celebração de termo aditivo, ressalvado o seu objeto que não pode ser modificado.

21.3. Os preços inicialmente contratados são fixos e irredutíveis no prazo de 1 (um) ano contado da data da apresentação da proposta/requerimento.

21.4. Após o interregno de 01 (um) ano, os preços iniciais poderão ser reajustados, mediante a aplicação, pelo Contratante, do índice IPCA exclusivamente para as obrigações iniciadas e concluídas após a ocorrência da anualidade.

21.5. Nos reajustes subsequentes ao primeiro, o intervalo mínimo de um ano será contado a partir dos efeitos financeiros do último reajuste.

21.6. No caso de atraso ou não divulgação do índice de reajustamento, o Contratante pagará à Contratada a importância calculada pela última variação conhecida, liquidando a diferença correspondente tão logo seja divulgado o índice definitivo.

21.7. Caso o índice estabelecido para reajuste venha a ser extinto ou de qualquer forma não possa mais ser utilizado, será adotado, em substituição, o que vier a ser determinado pela legislação então em vigor.

21.8. Na ausência de previsão legal quanto ao índice substituto, as partes elegerão novo índice oficial, para reajustamento do preço do valor remanescente, por meio de termo aditivo.

22. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

22.1. Maiores informações poderão ser obtidas através do e-mail chamamentopublico.seaps@saude.ce.gov.br ou pessoalmente via peticionamento no protocolo da Secretaria da Saúde, em dias de expediente normal e horário comercial, das 08h às 12h e das 13h às 17h.

Raimunda Félix de Oliveira

COORDENADORA DE POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL - COPOM/SEAPS

Maria Vaudelice Mota

SECRETÁRIA EXECUTIVA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E POLÍTICAS DE SAÚDE - SEAPS

Lauro Vieira Perdigão Neto

RESPONDENDO PELA SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ

ANEXO II - DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIÇOS

ITEM	DESCRIPTIVO	UNIDADE	QUANTIDADE
01	Credenciamento de pessoa jurídica para a prestação de Serviço Terapêutico (SRT) do tipo II para adultos portadores de transtornos mentais graves e persistentes com comprometimento, de forma prolongada ou definitiva, de sua autonomia, capacidade produtiva e convívio social, egressos de internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos) em hospitais psiquiátricos e/ou hospitais de custódia, que não possuam moradia, suporte financeiro, social e/ou laços familiares que permitam outra forma de reinserção social.	Vagas em SRT	10
02	Credenciamento de pessoa jurídica para a prestação de Serviço Terapêutico (SRT) do tipo II para adultos portadores de transtornos mentais graves e persistentes com comprometimento, de forma prolongada ou definitiva, de sua autonomia, capacidade produtiva e convívio social, egressos de internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos) em hospitais psiquiátricos e/ou hospitais de custódia, que não possuam moradia, suporte financeiro, social e/ou laços familiares que permitam outra forma de reinserção social.	Vagas em SRT	10
03	Credenciamento de pessoa jurídica para a prestação de Serviço Terapêutico (SRT) do tipo II para adultos portadores de transtornos mentais graves e persistentes com comprometimento, de forma prolongada ou definitiva, de sua autonomia, capacidade produtiva e convívio social, egressos de internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos) em hospitais psiquiátricos e/ou hospitais de custódia, que não possuam moradia, suporte financeiro, social e/ou laços familiares que permitam outra forma de reinserção social.	Vagas em SRT	10

O número de vagas disponíveis deve atender o critério de que cada residência deve ter 10 (dez) vagas. Os imóveis devem ser destinados exclusivamente para as vagas credenciadas ao SUS/CE e reguladas pela Secretaria da Saúde do Estado do Ceará - SESA.

ANEXO III - MODELO DE REQUERIMENTO/INSCRIÇÃO PARA CREDENCIAMENTO**AO ESTADO DO CEARÁ / SECRETARIA DA SAÚDE**

O interessado abaixo qualificado requer sua inscrição no CREDENCIAMENTO DE PESSOA JURÍDICA divulgado pelo Estado do Ceará/Secretaria da Saúde, objetivando a prestação de serviços nos termos do Chamamento Público Nº XXX/2025 (NUP XXXXX.XXX/2025-XX) e quantitativos especificados abaixo:

Nome: _____ Comercial: _____

Endereço: _____ CEP: _____ Cidade: _____ Estado: _____

CNPJ: _____

TELEFONE PARA CONTATO: _____

E-MAIL: _____

Comarca/Estado, _____ de _____ de _____. Assinatura

(Nome completo, cargo ou função e assinatura dos sócios e/ou diretores).

*Observação: Em papel timbrado da interessada.

ANEXO IV – MODELO DE DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E ACEITAÇÃO DOS TERMOS DO EDITAL

Pelo presente instrumento, (nome da instituição), CNPJ (nº do CNPJ), com sede na (endereço), através de seus sócios e/ou diretores, infra – firmados, tendo em vista o CHAMAMENTO PÚBLICO nº XXX/2025, cujo objeto é o credenciamento de pessoas jurídicas que atuar como SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO – SRT DO TIPO II, e que tenha habilitação para o exercício das funções previstas no edital, para atuação nas unidades que compõe a Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, com a finalidade de assistir os usuários desses serviços, respeitando os quantitativos e condições estabelecidas no edital, declara, sob as penas da lei, que:

- Conhece e aceita as condições de remuneração dos serviços prestados;
- Tem disponibilidade para prestar atendimento, conforme as normas fixadas pela Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, e segundo as normas do Ministério da Saúde, inclusive obedecendo às disposições éticas e técnicas dos respectivos Conselhos Regionais de profissionais de Saúde; e

Declara, ainda, assumindo a responsabilidade pela autenticidade de todos os documentos apresentados, sujeitando-se às penalidades legais e a sumária desclassificação do chamamento, e que fornecerá quaisquer informações complementares solicitadas pela Secretaria e/ou pelos órgãos de controle.

Comarca/Estado, _____ de _____ de _____. Assinatura

(Nome completo, cargo ou função e assinatura dos sócios e/ou diretores).

*Observação: Em papel timbrado da interessada.

ANEXO V – MODELO DE DECLARAÇÃO DE DISPONIBILIDADE DE REALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

Pelo presente instrumento, (nome da instituição), CNPJ (nº do CNPJ), com sede na (endereço), através de seus sócios e/ou diretores, infra – firmados, tendo em vista o CHAMAMENTO PÚBLICO nº XXX/2025, cujo objeto é o credenciamento de pessoas jurídicas que atuar como SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO – SRT DO TIPO II, e que tenha habilitação para o exercício das funções previstas no edital, com a finalidade de assistir os usuários desses serviços, respeitando os quantitativos e condições estabelecidas no edital, declara, sob as penas da lei, que:

- Conhece e aceita as condições de remuneração dos serviços prestados;
- Tem disponibilidade para prestar atendimento, conforme as normas fixadas pela Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, e segundo as normas do Ministério da Saúde, inclusive obedecendo às disposições éticas e técnicas dos respectivos Conselhos Regionais de profissionais de Saúde; e

Declara, ainda, assumindo a responsabilidade pela autenticidade de todos os documentos apresentados, sujeitando-se às penalidades legais e a sumária desclassificação do chamamento, e que fornecerá quaisquer informações complementares solicitadas pela Secretaria e/ou pelos órgãos de controle.

Comarca/Estado, _____ de _____ de _____. Assinatura

(Nome completo, cargo ou função e assinatura dos sócios e/ou diretores).

*Observação: Em papel timbrado da interessada.

